Document généré le 25 août 2024 12:10

Santé mentale au Québec

Traumatismes complexes et services psycholégaux : vers des pratiques sensibles au trauma

Complex Trauma and Forensic Mental Health Services: Towards Trauma-informed Care

Laurence Roy, Nancy Keays, Ashley Lemieux, Marianne Nicole et Anne G. Crocker

Volume 47, numéro 1, printemps 2022

Santé mentale et justice

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1094143ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1094143ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Roy, L., Keays, N., Lemieux, A., Nicole, M. & Crocker, A. G. (2022). Traumatismes complexes et services psycholégaux : vers des pratiques sensibles au trauma. *Santé mentale au Québec*, *47*(1), 19–36. https://doi.org/10.7202/1094143ar

Résumé de l'article

Objectifs L'exposition à des événements traumatiques répétés pendant l'enfance et l'adolescence est associée à une prévalence accrue de troubles mentaux, de dépendances, de problèmes de santé physique et de difficultés psychosociales (Felitti et coll., 2019). La conséquence la plus fréquente de l'exposition à des événements traumatiques est la violence envers soi et les autres (Hugues et coll., 2017). La prévalence particulièrement élevée du traumatisme complexe chez les personnes utilisant les services psycholégaux entraîne la nécessité de revoir les pratiques, la formation du personnel, les politiques organisationnelles et l'offre de services. L'objectif du présent essai est de contribuer à une telle transformation des services en clarifiant les impacts du traumatisme complexe sur les trajectoires et les expériences de soins des personnes utilisatrices de services psycholégaux, ainsi que les pratiques développées en réponse à ce phénomène.

Méthode Nous avons mené une recension de la littérature scientifique et grise sur le traumatisme complexe et les pratiques sensibles au trauma auprès des personnes susceptibles d'utiliser les services psycholégaux. Une fois synthétisés, les résultats ont été mis en dialogue avec nos expériences de cliniciens et chercheurs par la conception d'une vignette clinique illustrant les principaux thèmes des écrits scientifiques.

Résultats Nous abordons d'abord le rôle du traumatisme complexe et de la victimisation dans le développement de comportements violents. Nous nous attardons en particulier aux expériences négatives des soins et services vécues par les personnes, en l'absence de reconnaissance et de compréhension du phénomène du traumatisme complexe et de ses conséquences. Nous décrivons les principes fondamentaux d'une approche de soins sensible au trauma (confiance et transparence ; sécurité ; soutien par les pairs ; collaboration et mutualité ; prise de pouvoir et choix ; sensibilité aux différences de genres, cultures et historiques**)**, ainsi que les interventions cliniques et organisationnelles s'inscrivant dans une telle approche. Enfin, nous présentons les efforts réalisés à l'échelle internationale pour instaurer des politiques et pratiques sensibles au trauma dans les milieux psycholégaux, ainsi que les possibilités et les défis liés à la mise en oeuvre de telles approches au Québec.

Conclusion À ce jour, peu de travaux de recherche ont porté spécifiquement sur la mise en oeuvre et l'évaluation des approches sensibles au trauma en milieu psycholégal. L'état actuel des connaissances indique qu'une compréhension fine des traumatismes complexes vécus par les personnes utilisant les services psycholégaux est incontournable, et doit se retrouver à l'avant-plan des recherches, politiques et pratiques psycholégales contemporaines.

© Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 2022

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Traumatismes complexes et services psycholégaux : vers des pratiques sensibles au trauma

Laurence Roy[a]
Nancy Keays[b]
Ashley Lemieux[c]
Marianne Nicole[d]
Anne G. Crocker[e]

RÉSUMÉ **Objectifs** L'exposition à des événements traumatiques répétés pendant l'enfance et l'adolescence est associée à une prévalence accrue de troubles mentaux, de dépendances, de problèmes de santé physique et de difficultés psychosociales (Felitti et coll., 2019). La conséquence la plus fréquente de l'exposition

a. Professeure agrégée, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill ; Chercheuse, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas ; Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CREMIS).
b. Infirmière clinicienne équipe itinérance/équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) du CIUSSS Centre-sud-de-l'Ile-de-Montréal ; Praticienne-chercheuse au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).
c. Ph. D., Agente de planification, de programmation et de recherche. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention – Santé mentale, justice et sécurité, Direction de la recherche et de l'enseignement universitaire. Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
d. Candidate à la maîtrise en criminologie, École de criminologie, Université de Montréal ; Coordonnatrice de recherche, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.
e. Ph. D., professeure titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie et École de criminologie, Université de Montréal ; Directrice Recherche et enseignement universitaire, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

Santé mentale au Québec, 2022, XLVII, n° 1, 19-36

à des événements traumatiques est la violence envers soi et les autres (Hugues et coll., 2017). La prévalence particulièrement élevée du traumatisme complexe chez les personnes utilisant les services psycholégaux entraîne la nécessité de revoir les pratiques, la formation du personnel, les politiques organisationnelles et l'offre de services. L'objectif du présent essai est de contribuer à une telle transformation des services en clarifiant les impacts du traumatisme complexe sur les trajectoires et les expériences de soins des personnes utilisatrices de services psycholégaux, ainsi que les pratiques développées en réponse à ce phénomène.
Méthode Nous avons mené une recension de la littérature scientifique et grise sur le traumatisme complexe et les pratiques sensibles au trauma auprès des personnes susceptibles d'utiliser les services psycholégaux. Une fois synthétisés, les résultats ont été mis en dialogue avec nos expériences de cliniciens et chercheurs par la conception d'une vignette clinique illustrant les principaux thèmes des écrits scientifiques.
Résultats Nous abordons d'abord le rôle du traumatisme complexe et de la victimisation dans le développement de comportements violents. Nous nous attardons en particulier aux expériences négatives des soins et services vécues par les personnes, en l'absence de reconnaissance et de compréhension du phénomène du traumatisme complexe et de ses conséquences. Nous décrivons les principes fondamentaux d'une approche de soins sensible au trauma (confiance et transparence ; sécurité ; soutien par les pairs ; collaboration et mutualité ; prise de pouvoir et choix ; sensibilité aux différences de genres, cultures et historiques**)**, ainsi que les interventions cliniques et organisationnelles s'inscrivant dans une telle approche. Enfin, nous présentons les efforts réalisés à l'échelle internationale pour instaurer des politiques et pratiques sensibles au trauma dans les milieux psycholégaux, ainsi que les possibilités et les défis liés à la mise en œuvre de telles approches au Québec.
Conclusion À ce jour, peu de travaux de recherche ont porté spécifiquement sur la mise en œuvre et l'évaluation des approches sensibles au trauma en milieu psycholégal. L'état actuel des connaissances indique qu'une compréhension fine des traumatismes complexes vécus par les personnes utilisant les services psycholégaux est incontournable, et doit se retrouver à l'avant-plan des recherches, politiques et pratiques psycholégales contemporaines.

MOTS CLÉS organisation des services, politiques publiques, trauma, trouble mental

Complex Trauma and Forensic Mental Health Services: Towards Trauma-informed Care

ABSTRACT **Objectives** Exposure to repeated traumatic events during childhood and adolescence is associated with high prevalences of mental illness, addictions, physical health conditions, and psychosocial difficulties (Felitti et al., 2019). The

most common consequence of exposure to trauma is violence towards self and others (Hughes et al., 2017). The very high prevalence of complex trauma among forensic mental health service users challenges these settings to modify their practices, training approaches, policies, and service delivery approaches. The objective of this article is to contribute to such a transformation of forensic mental health services by clarifying the impacts of complex trauma on the trajectories and experiences of forensic mental health services users, as well as practices responding to complex trauma.

Methods We reviewed the published and grey literature on complex trauma among forensic mental health service users. After synthesizing the findings, they were contrasted with our experiences as clinicians and researchers in the field of forensic mental health care through the development of a case vignette.

Results We first identify the role of complex trauma and victimization in the development and maintenance of violent behaviours. We describe the negative experiences of services and care settings reported by individuals with complex trauma in the absence of recognition and understanding of traumatic experiences and their impacts. We highlight the fundamental principles of trauma-informed care (trust and transparency; safety; peer support; collaboration and reciprocity; empowerment and choice; sensitivity to gender, cultural and historical differences), as well as the clinical and organizational approaches emerging from those principles. Next, we describe the approaches developed internationally to apply and implement trauma-informed care in forensic mental health setting, and the opportunities and challenges associated with their implementation in the Québec context.

Conclusion To date, few studies have documented and evaluated the implementation of trauma-informed care in forensic mental health settings. The literature reviewed in this paper indicates that an in-depth understanding of complex trauma among forensic mental health service users should be at the core of contemporary forensic research, policies and practices.

KEYWORDS mental illness, organization of services, public policies, trauma

Un intérêt grandissant de la société civile et des institutions sociales et de santé envers le phénomène du traumatisme complexe a émergé au cours des dernières années. Parallèlement, on observe un développement accéléré de politiques et de pratiques dites « sensibles au trauma » (Collin-Vézina, Brend et Beeman, 2020). La prévalence particulièrement élevée du traumatisme complexe chez les personnes utilisant les services psycholégaux entraîne pour ces milieux la nécessité de revoir leurs pratiques, la formation de leur personnel, leurs politiques

organisationnelles et leur offre de services. L'objectif du présent essai est de contribuer à une telle transformation des services en clarifiant, par le biais d'une synthèse des connaissances et d'une vignette clinique exposant les problématiques, les impacts du traumatisme complexe sur les trajectoires et les expériences de soins des personnes utilisatrices de services psycholégaux, ainsi que les pratiques développées en réponse en ce phénomène.

Le traumatisme complexe chez les populations psycholégales

La notion de traumatisme complexe réfère à l'exposition, particulièrement pendant l'enfance et l'adolescence, à des traumatismes interpersonnels répétés, et aux réactions associées à ces événements négatifs dans de nombreux domaines du fonctionnement (Greeson et coll., 2011 ; Milot, Collin-Vézina et Godbout, 2018). Dans le présent article, à l'instar d'autres auteurs (Milot, Collin-Vézina et coll., 2018), nous distinguons le traumatisme complexe du trouble de stress post-traumatique (TSPT), bien que des chevauchements importants existent entre ces phénomènes. Dans le TSPT, un certain nombre de réactions sont associées à l'événement traumatique : la reviviscence de l'événement, comme des souvenirs traumatiques ; l'évitement des déclencheurs de tels souvenirs, et l'émoussement de la réactivité générale ; les difficultés de régulation affective et neurologique (l'hypervigilance, par exemple) ; des expériences de dépersonnalisation et de déréalisation ; et des altérations dans les cognitions (le blâme de soi persistant, par exemple) (American Psychiatric Association, 2013). Toutefois, plusieurs auteurs ont suggéré que le TSPT ne représenterait pas de façon complète et adéquate l'expérience des personnes ayant vécu des évènements traumatiques répétés et souvent perpétrés par des figures censées les protéger (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola et van der Kolk, 2012). Plusieurs travaux suggèrent également que, dans les populations marginalisées, particulièrement les personnes judiciarisées et incarcérées, plusieurs présentent des symptômes s'apparentant au TSPT sans qu'un diagnostic formel ne soit posé ou qu'un traitement adapté ne soit offert (Jakobowitz et coll., 2017 ; Stinson, Quinn et Levenson, 2016 ; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Ces critiques nous amènent à identifier le concept de traumatisme complexe comme porteur pour mieux appréhender les trajectoires des utilisateurs de services psycholégaux. Dans le cadre du présent

article, nous retenons la définition du traumatisme complexe de Ford et Courtois (2013) :

> « des expériences qui 1) sont interpersonnelles et impliquent souvent la trahison ; 2) sont répétées ou prolongées ; 3) impliquent un tort direct par différentes formes d'abus (psychologiques/émotifs, physiques, et sexuels), de négligence, ou d'abandon de personnes en charge des soins, de la protection, ou l'encadrement des victimes, généralement des jeunes ou de leurs propres enfants (telles que les parents ou membres de la famille, les enseignants, les entraîneurs, ou des conseillers religieux), ou les pertes traumatiques de ces relations ; 4) surviennent à des périodes vulnérables du développement de la vie, comme la petite enfance, ou ébranlent significativement les acquis développementaux à n'importe quel moment de la vie ».

Vignette clinique : Le parcours de Manu

Manu, 45 ans, d'origine autochtone, a été pris en charge par la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) à l'âge de 2 ans et a vécu principalement dans des familles d'accueil blanches à partir de 7 ans. Il n'a plus de contact avec sa communauté d'origine et ne parle plus sa langue maternelle. La mère de Manu s'est suicidée alors qu'il avait 13 ans. Ses parents avaient tous les deux une dépendance à l'alcool et une santé mentale fragilisée par leurs propres vécus traumatiques. Bien qu'il ne nomme pas les détails des événements ayant mené aux placements par la DPJ, Manu rapporte avoir été agressé sexuellement par un homme de sa communauté à 5 ans, puis attaché nu à une clôture, battu et humilié par quatre adolescents. Il rapporte avoir eu l'impression d'être sorti de son corps et n'avoir plus rien ressenti pendant les agressions. Il a commencé à éprouver un profond sentiment de honte et de dégoût de lui-même et mentionne que depuis la dernière agression, il se sent « mort à l'intérieur ».

À l'enfance, Manu a reçu un premier diagnostic de trouble du comportement (violence verbale et physique et automutilation sévère). Ces troubles de comportement ont entraîné une incapacité des familles d'accueil à le garder et il a été régulièrement déplacé de famille en famille. Il n'y a jamais créé des relations stables et sécuritaires. Il est en situation d'itinérance depuis la fin de son dernier placement à l'âge de 18 ans. Ses séjours à la rue ont été entrecoupés de multiples périodes d'incarcération et d'hospitalisations lorsque ses épisodes d'automutilation mettaient en danger son intégrité physique.

Les travaux de recherche menés depuis plus de 25 ans indiquent que les adultes exposés à de multiples formes de traumatismes pendant l'enfance sont beaucoup plus susceptibles de présenter des dépendances, des troubles mentaux et des problèmes de santé physique

(Felitti et coll., 2019 ; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Une méta-analyse récente indique toutefois que la conséquence la plus importante des traumatismes complexes est la violence envers soi et les autres (Hughes et coll., 2017). Il n'est donc pas surprenant que la prévalence de traumatisme complexe soit très élevée chez les populations judiciarisées, en particulier celles utilisant les services psycholégaux (Briere, Agee et Dietrich, 2016 ; Marotta, 2017 ; McKenna, Jackson et Browne, 2019 ; Stinson et coll., 2016). Ces services peuvent inclure des établissements ou unités de psychiatrie légale, mais également d'autres milieux à vocation de détention ou correctionnelle recevant des personnes ayant des troubles mentaux, par exemple les services psychiatriques ou psychologiques en milieux correctionnels. Une des caractéristiques communes à ces milieux est leur double rôle de traitement des personnes ayant des troubles mentaux et de protection du public.

Les mécanismes liant les traumatismes et la violence subie au développement de comportements agressifs et violents sont encore méconnus (Nicholls et Goossens, 2017) ; toutefois, certaines hypothèses ont été mises de l'avant. D'abord, les études portant sur la neurobiologie du traumatisme complexe montrent que les traumatismes interpersonnels répétés favorisent le développement de ce qui a été nommé un « cerveau de survie » caractérisé par la vigilance, l'anticipation, et la protection de menaces éventuelles, plutôt que d'un « cerveau d'apprentissage » orienté vers l'exploration et la découverte (Ford et Courtois, 2013). Ce mode d'adaptation aux situations sociales, basé sur la vigilance et l'anticipation du danger, peut entraîner chez les personnes traumatisées des réactions d'agressivité lors de situations qui, bien que pouvant être perçues comme anodines par d'autres, constituent des déclencheurs de mémoires traumatiques. Les difficultés de régulation des émotions peuvent également se traduire par des explosions de colère difficiles à expliquer, pour la personne touchée comme pour son entourage (Nickerson, Aderka, Bryant et Hofmann, 2012). Enfin, l'exposition aux traumatismes a été associée à une plus grande impulsivité, ainsi qu'une plus grande difficulté à contrôler les impulsions (Dugal, Bigras, Godbout et Bélanger, 2016). Ces difficultés peuvent être exacerbées par les effets de substances utilisées, souvent dans une visée de soulagement de la détresse et d'apaisement (Ouimette et Brown, 2003). La notion de « fenêtre de tolérance émotionnelle » mise de l'avant par Siegel (1999) peut s'avérer utile pour conceptualiser et comprendre la diversité de comportements des personnes ayant vécu

des traumatismes face à des éléments déclencheurs. Cette fenêtre de tolérance englobe 3 « zones de régulation des émotions », soit : 1) la suractivation, caractérisée entre autres par l'hypervigilance, la colère, et les reviviscences traumatiques ; 2) la zone de tolérance émotionnelle, caractérisée entre autres par une disponibilité cognitive, le contrôle de soi et le bien-être ; 3) la sous-activation, caractérisée par une anesthésie émotionnelle et sensorielle (sentiment de vide intérieur, détachement de soi et des autres, p. ex.). Chez les personnes ayant un traumatisme complexe, la zone de tolérance émotionnelle se trouverait réduite, amenant des passages fréquents entre des expériences de suractivation et de sous-activation (Boone, Steele et van der Hart, 2014).

À ces dimensions individuelles se superposent des facteurs sociaux et institutionnels, moins souvent étudiés, mais contribuant à la survenue de situations de violence et, éventuellement, d'implication des services policiers et judiciaires. L'un des principaux facteurs institutionnels en cause serait le risque élevé de retraumatisation des enfants, des jeunes et des adultes au sein des diverses institutions sociales et de santé qu'ils fréquentent, par exemple le milieu scolaire, les services de protection de l'enfance et les établissements correctionnels (Bloom et Farragher, 2011). Ainsi, le placement en milieu d'accueil d'un jeune ayant vécu des traumatismes augmenterait de façon importante et unique le risque de comportements agressifs et d'arrestation (Stinson et coll., 2016). Le manque de reconnaissance du traumatisme complexe et de ses présentations cliniques constitue également un enjeu de taille des services de santé mentale. En particulier, les symptômes dissociatifs peuvent être difficiles à cerner et ne pas être reconnus comme tels lors d'une évaluation initiale (Bond, 2019).

Enfin, bien que le traumatisme complexe puisse toucher tout individu, les trajectoires des personnes exposées varient en fonction des systèmes de valeurs de la société et des inégalités liées entre autres au genre, à l'origine ethnique et culturelle, et au niveau socioéconomique (Jung, Herrenkohl, Klika, Lee et Brown, 2014). Ainsi, l'accès à des services psychologiques permettant de traiter les symptômes liés au traumatisme complexe est particulièrement limité pour les personnes en situation de défavorisation sociale et économique (Delgadillo, Farnfield et North, 2018).

Impacts du traumatisme complexe sur les épisodes de soins et services

Les expériences négatives vécues par les personnes aux prises avec un traumatisme complexe, ainsi que leurs difficultés au plan de la régulation neurobiologique, émotionnelle, comportementale et dans les relations interpersonnelles, teintent leurs passages au sein des milieux psycholégaux. Certaines difficultés ne sont pas spécifiques aux milieux psycholégaux. D'abord, l'établissement d'une alliance thérapeutique, centrale à l'intervention psychosociale et médicale, peut se heurter aux difficultés relationnelles des personnes ayant vécu des traumatismes, par exemple la méfiance, l'hostilité ou la résistance. C'est d'autant plus le cas dans des situations où les traumatismes ont été le fait de personnes devant exercer un rôle de protection ou d'aide, ou encore de figures d'autorité. Les institutions offrant des services présentent également un important potentiel de retraumatisation (locaux clos et impersonnels, questions d'accueil invasives, entre autres). L'organisation actuelle des services sociaux et de santé y contribue également : les temps de suivi limités, les critères stricts pour la prise en charge, ainsi que le roulement élevé de personnel, peuvent ainsi augmenter les sentiments d'abandon et d'exclusion vécus par les personnes.

D'autres contraintes sont directement liées à la nature et au mandat des environnements psycholégaux. Ces derniers sont avant tout conçus pour accueillir et héberger des auteurs d'infractions et non des victimes de traumatismes. À l'instar d'autres milieux fermés, comme les établissements correctionnels, les environnements psycholégaux présentent un risque important de retraumatisation. Ainsi, de nombreuses procédures habituelles de ces environnements, tels que les fouilles, les mesures disciplinaires fréquentes de la part des figures d'autorité, l'isolement ou les contentions constituent d'importants déclencheurs potentiels de mémoires traumatiques (Owen, Wells, Pollock, Muscat et Torres, 2008). Ces mesures sont susceptibles d'exacerber les comportements et les symptômes liés au traumatisme et d'affecter la confiance avec les intervenants. Les milieux correctionnels et psycholégaux présentent également un risque important de victimisation, particulièrement pour les personnes atteintes de troubles mentaux et celles ayant subi des violences à l'enfance (Blitz, Wolff et Shi, 2008 ; Caravaca-Sánchez et Wolff, 2016 ; Daquin et Daigle, 2018 ; Teasdale, Daigle, Hawk et Daquin, 2015).

La question du trauma complexe doit également être abordée en relation avec le vécu et les expériences difficiles des prestataires de services. Le personnel des services psycholégaux est plus susceptible d'avoir subi de la violence dans un contexte professionnel que les intervenants d'autres secteurs, ce qui peut également teinter la relation thérapeutique et générer des craintes à l'égard des personnes utilisant les services (Haines, Brown, McCabe, Rogerson et Whittington, 2018). Ces incidents, combinés à la possibilité que les intervenants en milieu psycholégal aient eux-mêmes été exposés à des événements traumatiques au cours de leur vie, augmentent le risque de trauma vicariant, d'épuisement professionnel et de fatigue de compassion (Harris, Happell et Manias, 2015 ; Jacob et Holmes, 2011). Ces phénomènes seraient associés à une augmentation des pratiques d'intervention restrictives et coercitives dans une tentative, de la part des intervenants, d'augmenter le sentiment de sécurité perçut dans leur environnement professionnel (Dickens, Piccirillo et Alderman, 2013).

Vignette clinique. Les expériences de Manu dans les services

À l'âge adulte, Manu a reçu plusieurs autres diagnostics : maladie affective bipolaire, trouble de la personnalité limite sévère et, en avant-plan, trouble lié à l'usage de substances (amphétamine, crack et alcool). Manu n'a jamais vraiment eu de suivi stable en psychiatrie à cause des multiples périodes d'incarcération ou parce qu'il ne se présentait pas à ses rendez-vous. La raison la plus fréquemment évoquée pour fermer son dossier était que l'ensemble de ses problèmes était lié à sa consommation de drogues et à son trouble de la personnalité et que la psychiatrie ne pouvait rien pour lui. Manu a mentionné à plusieurs reprises entendre des voix le traitant de pédophile. Ces symptômes ont, jusqu'à présent, été considérés comme le résultat d'une psychose toxique. Manu n'a jamais été évalué en lien avec ses traumatismes.

Au fil des ans, Manu a eu plusieurs hospitalisations à cause d'épisodes sévères d'automutilation. Il est souvent mis sous contentions physiques pour de longues périodes afin de permettre à ses plaies de guérir. Sous contentions, les crises étaient tellement intenses que le personnel ne voulait pas le détacher de peur qu'il ne se blesse davantage ou qu'il les agresse. En rétrospective, Manu rapporte que le fait d'être attaché lui faisait revivre sans arrêt les agressions du passé. Ce trauma institutionnel contribuait à aggraver sa détresse.

Pratiques sensibles au trauma

En réponse aux taux élevés et aux impacts des traumatismes complexes, ainsi qu'aux expériences négatives vécues dans divers services sociosanitaires, des approches d'intervention dites « sensibles au trauma » ont été développées (Milot, Lemieux, Berthelot et Collin-Vézina, 2018). Contrairement aux approches spécifiques au trauma, qui visent à offrir un traitement adapté aux personnes ayant vécu des traumatismes complexes, les approches sensibles au trauma ont une portée universelle. Ces approches incitent les institutions, organisations et praticiens à poser un regard différent sur la manière d'offrir des services, en tenant pour acquis que chaque individu s'y présentant peut avoir vécu des traumas (Wolf, Green, Nochajski, Mendel et Kusmaul, 2014). Si plusieurs modèles de pratiques sensibles au trauma ont émergé de la littérature scientifique dans les dernières décennies, celui développé par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) a été largement utilisé, autant par les organisations desservant les enfants, les familles que les adultes. Ce modèle repose sur 6 principes clés devant guider les politiques organisationnelles autant que les pratiques d'intervention (SAMHSA, 2014) :

- **Confiance et transparence :** la confiance permet la création d'un lien significatif entre les utilisateurs de services, les praticiens et l'organisation dans son ensemble. La confiance se développe, entre autres, par l'entremise de la transparence dans les communications entre l'organisation, les intervenants et les personnes desservies. Les étapes de l'établissement de la confiance comprennent des efforts pour comprendre et accomplir ce qui est nécessaire pour que la personne se sente en sécurité, notamment en respectant ses limites émotionnelles et en demeurant exempt de jugement à son égard.
- **Sécurité :** l'assurance de la sécurité est une condition préalable nécessaire à toute intervention thérapeutique efficace. Pour le personnel, la sécurité peut être synonyme d'un contrôle maximal exercé sur l'environnement des services et de minimisation des risques. Les approches sensibles au trauma ne dévaluent pas l'importance de la sécurité du public, mais accordent une attention particulière à la sécurité psychologique des personnes, par exemple en considérant l'apparence des lieux de services, les heures où ils sont offerts, le respect de la vie privée, la disponibilité du personnel, si les portes sont laissées ouvertes ou verrouillées et si le personnel est formé pour reconnaître l'inconfort du patient en étant sensible aux traumatismes dans ses interventions (Butler, Critelli et Rinfrette, 2011).

- **Soutien par les pairs :** le soutien social par des personnes ayant vécu des expériences similaires émerge dans les travaux les plus récents comme un facteur de protection important pour soutenir le rétablissement et éviter la retraumatisation des personnes ayant des traumatismes complexes. La possibilité d'interagir avec des personnes de confiance dans un contexte sécurisant permet de développer des relations significatives et durables.
- **Collaboration et mutualité :** la collaboration et la mutualité réfèrent autant aux liens entre les différentes instances susceptibles d'offrir des services à la personne (équipe traitante en santé mentale, ressources résidentielles, agent de probation, organismes communautaires, etc.) qu'entre la personne et les prestataires de services. L'utilisateur est reconnu comme l'expert de sa propre vie et est amené à jouer un rôle prépondérant dans la planification et l'évaluation des services offerts (Butler et coll., 2011).
- **Prise de pouvoir et choix :** l'accent est mis sur les forces des personnes et sur leur résilience en reconnaissant les capacités et compétences qu'elles ont à leur actif (SAMHSA, 2014). L'éducation des personnes sur les traumatismes et sur la manière dont leurs expériences passées peuvent contribuer à leurs circonstances et/ou réactions actuelles est souhaitable, puisqu'elle peut les aider à comprendre comment être plus efficace dans l'anticipation et la gestion de leurs réactions (Butler et coll., 2011).
- **Sensibilité aux différences de genres, cultures et historiques :** les approches sensibles au trauma reconnaissent l'impact des rapports de pouvoir inégalitaires et des systèmes d'oppression. Au Québec et au Canada, les politiques et pratiques coloniales et racistes passées et actuelles sont reconnues comme des vecteurs importants de traumatisme intergénérationnel touchant en particulier les communautés autochtones (Mitchell et Arseneau, 2019 ; O'Neill, Fraser, Kitchenham et McDonald, 2018). Des approches sensibles au trauma cherchent à rendre les interventions plus adaptées et culturellement sécuritaires, à réduire les discriminations et à reconnaître les forces et la résilience de communautés historiquement dévalorisées.

Comment intégrer l'ensemble de ces principes au sein d'un milieu psycholégal ? Selon Milot, Lemieux, Berthelot et Collin-Vézina (2018) une organisation est considérée comme sensible au trauma lorsqu'elle :

> 1) réalise l'ampleur des traumas et leurs impacts sur les personnes ; 2) reconnaît la présence de symptômes traumatiques chez les clients, leurs familles, le personnel et l'ensemble des parties prenantes ; 3) répond à leurs besoins en leur offrant des interventions appuyées par des données probantes ; 4) résiste à retraumatiser ces personnes.

Plusieurs auteurs ont souligné la nécessité d'adapter l'application de ces critères, et donc la mise en œuvre de pratiques sensibles au trauma, à la réalité locale et aux caractéristiques des organisations (voir par exemple Hopper et coll., 2010 pour l'adaptation au milieu de l'hébergement d'urgence et Sperlich et coll., 2017 pour l'adaptation aux milieux de soins périnataux). À la lumière des processus d'adaptations locales documentées dans les écrits scientifiques et des connaissances des coauteures qui œuvrent depuis plusieurs années dans des environnements psycholégaux, le tableau 1 présente des pistes et orientations pour l'application des critères de sensibilité au trauma dans de tels milieux.

Tableau 1

Application potentielle des pratiques et principes sensibles au trauma en milieu psycholégal

Critère	Possibilités d'action dans les milieux psycholégaux
Réaliser l'ampleur des traumas et leurs impacts	• Concept de trauma au centre de la mission de l'établissement • Formations de base et continues sur le trauma offertes à l'ensemble du personnel d'intervention, de sécurité et de gestion • Instauration de procédures de dépistage des traumas interpersonnels, réalisées dans un cadre sécuritaire, pour les utilisateurs et prestataires de services • Suivi des connaissances et compétences du personnel en matière de trauma • Création d'espaces de réflexion et de dialogue pour le personnel sur la question des traumas
Reconnaître la présence de symptômes traumatiques	• Formations avancées et supervision clinique pour certains membres du personnel offrant des services aux personnes ayant des traumas complexes • Développement de pratiques culturellement sensibles et réflexives, en particulier auprès des communautés historiquement dévalorisées • Audit des pratiques de l'établissement en vue d'identifier celles susceptibles d'être nuisibles aux personnes ayant vécu des traumas
Répondre aux besoins	• Procédures de communication claires et transparentes • Adoption systématique d'un langage cohérent, courtois et respectueux • Maximisation de la possibilité pour les personnes utilisant les services de faire des choix, d'exprimer leurs préférences et de participer à la planification des traitements • Mise en place de mécanismes permettant autant au personnel qu'aux utilisateurs de services de donner de la rétroaction et de formuler des critiques, sans crainte de représailles • Mise en place de stratégies de soutien psychologique et de développement de la résilience pour le personnel • Création de partenariats et d'espaces d'échange intersectoriels sur les traumas

Résister à retraumatiser	• Élimination ou réduction stratégique des mesures coercitives (isolement, contention physique ou chimique, menaces de telles mesures) et intrusives (questions personnelles à l'accueil, fouilles) • Identification systématique des déclencheurs potentiels dans l'environnement • Réaménagement des espaces physiques pour rendre les lieux moins inquiétants et plus chaleureux • Approches de gestion des comportements plus positives que punitives • Formation du personnel aux techniques de désescalade

À ce jour, peu de travaux de recherche ont porté spécifiquement sur la mise en œuvre et l'évaluation des approches sensibles au trauma en milieu psycholégal (Nicholls et Goossens, 2017). Bien que certains programmes aient été utilisés en psychiatrie légale ou dans les milieux correctionnels, notamment les programmes Seeking Safety (Najavits, 2007), et Beyond Violence (Covington, 2015), les études les évaluant présentent d'importantes limites méthodologiques. Les résultats sont tout de même prometteurs en termes d'amélioration du bien-être, et de diminution de symptômes reliés au TSPT et de la consommation de substances.

Vignette clinique. Le long chemin de Manu

Depuis un an, Manu est suivi par une équipe stable qui vise spécifiquement à diminuer l'implication judiciaire de Manu et à appliquer des pratiques sensibles au trauma, tout en le soutenant dans les différentes sphères de sa vie. Il vient de passer sa première année complète sans être incarcéré. Il consomme toujours, il a encore des crises suicidaires et d'automutilations, mais elles sont moins intenses et moins fréquentes. Le lien de confiance s'établit lentement parce que les intervenants comprennent d'où il vient et reconnaissent les impacts de ses traumas. Ils s'assurent d'être cohérents et prévisibles pour diminuer son anxiété et les risques de passage à l'acte. Manu a appris certains exercices pour se maintenir dans l'« ici et maintenant » lorsqu'il sent qu'une crise arrive. Le chemin sera long et parsemé d'embûches, mais l'espoir est le moteur de la résilience de Manu.

Conclusion

À plusieurs égards, la notion de dualisme se trouve au cœur des milieux psycholégaux. Ce dualisme s'exprime à la fois par le double rôle de ces milieux, soit de traiter, soutenir et accompagner les personnes

ayant des troubles mentaux, tout en empêchant et en prévenant la commission d'actes criminels par ces mêmes personnes (Nicholls et Goossens, 2017). En parallèle, les établissements psycholégaux se trouvent au confluent de deux ensembles de normes, celles liées au contrôle social comme valeur fondamentale, et celles liées à la bienveillance thérapeutique. Le contexte actuel, entre autres le discours axé sur le rétablissement, la reconnaissance de plus en plus répandue des systèmes d'oppression inégalitaires et le climat d'incertitude engendré par la pandémie de COVID-19, mettent à l'avant-plan d'autres valeurs fondamentales et souvent contradictoires, comme l'aversion au risque, le respect des droits, l'équité et la réconciliation (Beck, 2014 ; Collin-Vézina et coll., 2020). Historiquement, les milieux psycholégaux n'ont pas réussi à se dégager de ces tensions ni à trouver un équilibre satisfaisant entre ces diverses valeurs et normes (Nicholls et Goossens, 2017).

Ces tensions émergent du contexte historique ayant contribué à l'importance grandissante des pratiques psycholégales. Ironiquement, le mouvement des droits civiques ayant stimulé la défense des intérêts des usagers de la psychiatrie et la revendication de pratiques moins coercitives semble avoir contribué aux tensions entre préoccupations sanitaires et sécuritaires (Monahan, 2018). Au cours des années 1970, en parallèle à la création de lois contraignant les possibilités d'évaluation et de traitement psychiatrique contre le gré, d'autres lois ont codifié la responsabilité des professionnels de protéger le public de personnes présentant un risque pour autrui (Cohen, 1978 ; Truscott et Crook, 1993). Ces changements législatifs et normatifs ont entraîné une montée des instruments de prédiction et de gestion du risque de violence, et des distinctions souvent très nettes entre les personnes « vulnérables » et celles considérées comme « délinquantes ». Une compréhension fine des expériences traumatiques vécues par les usagers de services psycholégaux pourrait-elle permettre de remettre en question ces dualismes en mettant à l'avant-plan les liens et dynamiques complexes entre les violences subies et agies ? Les connaissances présentées dans le présent article indiquent qu'une telle compréhension est incontournable, et doit se retrouver à l'avant-plan des recherches, politiques et pratiques psycholégales contemporaines.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition).*

Beck, U. (2014). *Ulrich Beck : Pioneer in cosmopolitan sociology and risk society.* Springer.

Blitz, C. L., Wolff, N. et Shi, J. (2008). Physical victimization in prison : The role of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry, 31*(5), 385-393. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.005

Bloom, S. L. et Farragher, B. (2011). *Destroying Sanctuary : The Crisis in Human Service Delivery Systems.* Oxford University Press.

Bond, S. (2019). *Les troubles liés aux événements traumatiques. Guide des meilleures pratiques pour une clientèle complexe.* Presses de l'Université Laval.

Boone, S., Steele, K., & van der Hart, O. (2014). La fenêtre de tolérance : apprendre la régulation émotionnelle. Dans S. Goffinet et M. Depré (Eds.), *Gérer la dissociation d'origine traumatique* (pp. 277-294). De Boeck Supérieur.

Briere, J., Agee, E. et Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder status in general population and inmate samples. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy, 8*(4), 439-446. doi: 10.1037/tra0000107

Butler, L. D., Critelli, F. M. et Rinfrette, E. S. (2011). Trauma-informed care and mental health. *Directions in Psychiatry, 31*(3), 197-212.

Caravaca-Sánchez, F. et Wolff, N. (2016). Prevalence and Predictors of Sexual Victimization Among Incarcerated Men and Women in Spanish Prisons. *Criminal Justice and Behavior, 43*(8), 977-991. doi: 10.1177/0093854816656895

Cohen, R. N. (1978). Tarasoff v. Regents of the University of California : The Duty to Warn : Common Law & Statutory Problems for California Psychotherapists. *Cal. WL Rev., 14*, 153.

Collin-Vézina, D., Brend, D. et Beeman, I. (2020). When it counts the most : Trauma-informed care and the COVID-19 global pandemic. *Developmental Child Welfare, 2*(3), 172-179. doi: 10.1177/2516103220942530

Covington, S. S. (2015). *Beyond violence : a prevention program for criminal justice-involved women participant workbook.* John Wiley & Sons.

D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J. et van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children : Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry, 82*(2), 187-200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x

Daquin, J. C. et Daigle, L. E. (2018). Mental disorder and victimisation in prison : Examining the role of mental health treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health, 28*(2), 141-151. doi: https://doi.org/10.1002/cbm.2056

Delgadillo, J., Farnfield, A. et North, A. (2018). Social inequalities in the demand, supply and utilisation of psychological treatment. *Counselling and Psychotherapy Research, 18*(2), 114-121. https://doi.org/10.1002/capr.12169

Dickens, G., Piccirillo, M. et Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service : Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing, 22*(6), 532-544. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x

Dugal, C., Bigras, N., Godbout, N. et Bélanger, C. (2016). Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood : an analysis of psychological and interpersonal sequelae. *A multidimensional approach to post-traumatic stress disorder-from theory to practice*, 71-107.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. et Marks, J. S. (2019). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 56*(6), 774-786. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001

Ford, J. D. et Courtois, C. A. (2013). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents*. Guildford Press.

Greeson, J., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S., Ko, S. J. et Fairbank, J. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care : Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare, 90*(6), 91-108.

Haines, A., Brown, A., McCabe, R., Rogerson, M. et Whittington, R. (2018). Factors impacting perceived safety among staff working on mental health wards. *BJPsych Open, 3*(5), 204-211. doi: 10.1192/bjpo.bp.117.005280

Harris, D. M., Happell, B. et Manias, E. (2015). Working with people who have killed : The experience and attitudes of forensic mental health clinicians working with forensic patients. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*(2), 130-138. https://doi.org/10.1111/inm.12113

Hopper, E. K., Bassuk, E. L. et Olivet, J. (2010). Shelter from the storm : Trauma-informed care in homelessness services settings. *The Open Health Services and Policy Journal, 201*, 80-100. doi**:** 10.2174/1874924001003010080

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health : a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), e356-e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Jacob, J. D. et Holmes, D. (2011). The culture of fear : expanding the concept of risk in forensic psychiatric nursing. *International Journal of Culture and Mental Health, 4*(2), 106-115. https://doi.org/10.1080/17542863.2010.519123

Jakobowitz, S., Bebbington, P., McKenzie, N., Iveson, R., Duffield, G., Kerr, M. et Killaspy, H. (2017). Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners : 2. Met and unmet need. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(2), 231-240. doi: 10.1007/s00127-016-1313-5

Jung, H., Herrenkohl, T. I., Klika, J. B., Lee, J. O. et Brown, E. C. (2014). Does Child Maltreatment Predict Adult Crime ? Reexamining the Question in a Prospective Study of Gender Differences, Education, and Marital Status. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(13), 2238-2257. doi: 10.1177/0886260514552446

Marotta, P. L. (2017). Childhood Adversities and Substance Misuse Among the Incarcerated : Implications for Treatment and Practice in Correctional Settings. *Substance Use and Misuse, 52*(6), 717-733. doi: 10.1080/10826084.2016.1261899

McKenna, G., Jackson, N. et Browne, C. (2019). Trauma history in a high secure male forensic inpatient population. *International Journal of Law and Psychiatry, 66*, 101475. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101475

Milot, T., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2018). Qu'est-ce que le trauma complexe ? Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (Eds.), *Trauma*

complexe : Comprendre, évaluer et intervenir (pp. 27-53). Les Presses de l'Université du Québec.

Milot, T., Lemieux, R., Berthelot, N. et Collin-Vézina, D. (2018). Les pratiques sensibles au trauma. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (Eds.), *Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (pp. 27-53). Les Presses de l'Université du Québec.

Mitchell, T. et Arseneau, C. (2019). Colonial Trauma : Complex, continuous, collective, cumulative and compounding effects on the health of Indigenous peoples in Canada and beyond. *International Journal of Indigenous Health, 14*(2), 74-94. https://doi.org/10.32799/ijih.v14i2.32251

Monahan, J. (2018). Predictions of violence. *The roots of modern psychology and law : A narrative history*, 143.

Najavits, L. M. (2007). Seeking safety : An evidence-based model for substance abuse and trauma/PTSD. Dans K. A. Witkiewitz et G. A. Marlatt (Eds.), *Practical resources for the mental health professional. Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 141-167) : Elsevier Academic Press.

Nicholls, T. L. et Goossens, I. (2017). Guidelines for improving forensic mental health in inpatient psychiatric settings *Handbook of forensic mental health services.* (pp. 496-542). Routledge/Taylor & Francis Group.

Nickerson, A., Aderka, I. M., Bryant, R. A. et Hofmann, S. G. (2012). The relationship between childhood exposure to trauma and intermittent explosive disorder. *Psychiatry Research, 197*(1), 128-134. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.01.012

O'Neill, L., Fraser, T., Kitchenham, A. et McDonald, V. (2018). Hidden Burdens : a Review of Intergenerational, Historical and Complex Trauma, Implications for Indigenous Families. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 11*(2), 173-186. doi: 10.1007/s40653-016-0117-9

Ouimette, P. E. et Brown, P. J. (2003). *Trauma and substance abuse : Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* : American Psychological Association.

Owen, B., Wells, J., Pollock, J., Muscat, B. et Torres, S. (2008). *Gendered Violence and Safety : A Contexual Approach to Improving Security in Women's Facilities* : Department of Criminology, CSU Fresno.

Siegel, D. (1999). *The Developping Mind*. Guilford Press.

Sperlich, M., Seng, J. S., Li, Y., Taylor, J. et Bradbury-Jones, C. (2017). Integrating Trauma-Informed Care Into Maternity Care Practice : Conceptual and Practical Issues. *Journal of Midwifery & Women's Health, 62*(6), 661-672. https://doi.org/10.1111/jmwh.12674

Stinson, J. D., Quinn, M. A. et Levenson, J. S. (2016). The impact of trauma on the onset of mental health symptoms, aggression, and criminal behavior in an inpatient psychiatric sample. *Child Abuse and Neglect, 61*, 13-22. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.005

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Teasdale, B., Daigle, L. E., Hawk, S. R. et Daquin, J. C. (2015). Violent Victimization in the Prison Context : An Examination of the Gendered Contexts of Prison.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 60(9), 995-1015. doi: 10.1177/0306624X15572351

Truscott, D. et Crook, K. H. (1993). Tarasoff in the Canadian Context : Wenden and the Duty to Protect. *The Canadian Journal of Psychiatry, 38*(2), 84-89. doi: 10.1177/070674379303800203

Wolf, M. R., Green, S. A., Nochajski, T. H., Mendel, W. E. et Kusmaul, N. S. (2014). 'We're Civil Servants' : The Status of Trauma-Informed Care in the Community. *Journal of Social Service Research, 40*(1), 111-120. doi: 10.1080/01488376.2013.845131